

PRACE NAUKOWE

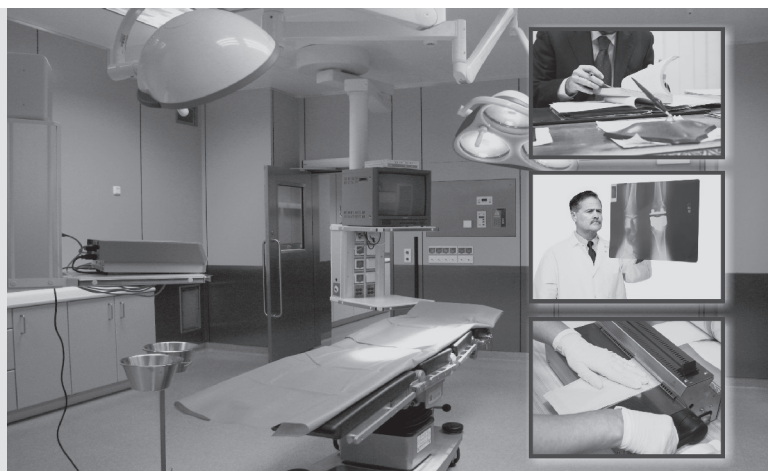
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Joanna Jończyk

Politechnika Białostocka

ZASOBY LUDZKIE JAKO KRYTYCZNY KOMPONENT ZMIAN W OPIECE ZDROWOTNEJ

Streszczenie: Celem niniejszej publikacji jest próba określenia związków pomiędzy zmianami w opiece zdrowotnej a zasobami ludzkimi w tym sektorze. Analiza literatury pozwala na stwierdzenie, że powodzenie działań reformatorskich w znacznej mierze zależy od zbudowania przez organizacje opieki zdrowotnej zintegrowanych strategii zasobów ludzkich, z jednej strony zgodnych z wartościami i celami systemów zdrowotnych, z drugiej zaś promujących innowacyjne i elastyczne sposoby włączania pracowników w nowe procesy.

Słowa kluczowe: zasoby ludzkie, system opieki zdrowotnej, reforma opieki zdrowotnej.

1. Wstęp

Od kilkunastu lat systemy opieki zdrowotnej podlegają licznym przemianom, mającym na celu poprawę sprawności funkcjonowania sektora i znajdujących się w nim podmiotów. Pomimo tych działań większość państw nadal boryka się z takimi problemami, jak: brak równości w dostępie do usług medycznych, niska ich skuteczność, słaba efektywność wykorzystania posiadanych zasobów, niewielka satysfakcja pacjenta czy brak ciągłości opieki medycznej. Jednocześnie w sektorze opieki zdrowotnej coraz częściej podkreśla się strategiczne znaczenie ludzi, którzy mogą wzmacniać bądź osłabiać skuteczną implementację zmian w nim zachodzących. Celem publikacji jest próba określenia związków pomiędzy przekształceniami w systemie opieki zdrowotnej a zasobami ludzkimi tego sektora. W artykule postawiono tezę, że istnieje wzajemna więź pomiędzy zmianami w systemie opieki zdrowotnej a pracownikami tego sektora. Skutki płynące ze zrozumienia tego związku mogą pomóc w integracji strategii zasobów ludzkich ze zmianami w systemach opieki zdrowotnej, co z kolei pozwoli zbudować lepsze warunki instytucjonalne dla rozwoju zasobów ludzkich.

2. Zmiany w systemach opieki zdrowotnej i ich skutki dla pracowników

Systemy opieki zdrowotnej wymagają ciągłego doskonalenia. Jednym z powodów jest wzrost starzejącej się populacji, drugim potrzeba zapewnienia wyższej jakości usług, związana m.in. z większą wiedzą pacjentów, coraz bardziej świadomych aktualnych problemów zdrowotnych [Jacobs, Smith, Street 2009]. Przyjmując, że reformy w każdym z krajów mają swoją specyfikę, można wyróżnić w nich pewną wspólną tendencję – dążenie do lepszych wyników (w sensie liczbowym i jakościowym) przy tej samej lub zmniejszonej liczbie zasobów. Cel ten był i jest bardzo aktualny, zwłaszcza w krajach, w których postępy reform nadal są ograniczone z powodu konfliktów, braku sprawnego zarządzania, kryzysów społecznych oraz deficytu środków finansowych. Nie oznacza to, że dotychczas przeprowadzone reformy nie przyniosły żadnych pozytywnych efektów. Wiele systemów opieki zdrowotnej (zwłaszcza z dominującym udziałem sektora publicznego) w ostatniej dekadzie XX i pierwszej XXI wieku zmieniło struktury organizacyjne i zasady funkcjonowania z silnie scentralizowanych na zdecentralizowane [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 92]. Zaczęto wykorzystywać metody i techniki zarządzania w biznesie (np. zarządzanie jakością, *outsourcing*, *re-engineering*, *benchmarking*), coraz większą uwagę poświęcano zasobom informacyjnym jako narzędziu zarządzania. W wielu systemach opieki zdrowotnej wszystkie te zmiany, choć z różną dynamiką, nadal zachodzą, stanowiąc wyraz troski o słabą korelację pomiędzy liczbą zasobów a wynikami przemian systemowych w odniesieniu do poziomu zdrowotnego społeczeństw.

W 2011 r. przeprowadzono badanie sprawności systemów opieki zdrowotnej wśród 180 krajów należących do Światowej Organizacji Zdrowia. Za główne kryteria ich oceny uznano stan zdrowia oraz zasięg opieki zdrowotnej. W badaniu wykorzystano analizę DEA (Data Envelopment Analysis) w odniesieniu do danych z 2008 r. Wyniki doprowadziły do wniosku, że jedynie 45 z 180 krajów posiada sprawne systemy opieki zdrowotnej, co oznacza, że w pozostałych państwach brakuje m.in. racjonalnego wykorzystywania istniejących zasobów, a stan opieki zdrowotnej nie wydaje się proporcjonalny do nakładów. Jednocześnie podkreślono, że najlepsze wyniki osiągnęły systemy opieki zdrowotnej z dominującym udziałem sektora publicznego [Sinimole 2012]. Na podstawie badań można skonstatować, że większość systemów opieki zdrowotnej nadal wymaga działań usprawniających. Za podstawowe ich cele uznano poprawę wydajności, równości i jakości usług. Celem najczęściej deklarowanym jest wydajność. W związku z tym wiele procesów reformacyjnych ogranicza wydatki rządu centralnego poprzez decentralizację usług zdrowotnych do poziomu samorządów lokalnych, aby osiągnąć korzyści związane z poprawą wydajności i zredukować deficyt na poziomie centralnym. Niezależnie od dobrych intencji, władze samorządowe, zwłaszcza w początkowym okresie zmian systemowych, nie potrafiły radzić sobie z nowymi obowiązkami dotyczącymi opieki zdrowotnej. Nie miały odpowiednich środków finansowych i narzędzi do wykony-

wania powierzonych zadań [Kolehmainen-Aitken 1998]. Doprowadziło to do rosnących nierówności, a w dłuższej perspektywie w większości krajów nie przyniosło oczekiwanych korzyści.

Innym sposobem poprawy wydajności w wielu systemach opieki zdrowotnej był i jest *outsourcing* usług niemedyceńskich (sprzątanie, żywienie, pranie, ochrona, informatyzacja). Powszechną praktyką jest również poszukiwanie wydajności poprzez zmniejszanie zatrudnienia, zwłaszcza że koszty personelu w sektorze opieki zdrowotnej sięgają 60-70% wydatków. Z drugiej strony zmiany technologiczne często generują popyt na nowy, wyspecjalizowany personel. W szpitalach częstą strategią jest *re-engineering*, skupiony na przeglądaniu organizacji pracy, realokacji, a czasem redukcji personelu, by zwiększyć produktywność [Reissman i in. 1999, s. 289-293].

Kolejnym celem zmian w opiece zdrowotnej jest równa dystrybucja opieki zdrowotnej pomiędzy osoby o różnych poziomach dochodów. Systemy celujące w poprawę równości w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych bardziej systematycznie planują usługi zdrowotne, wprowadzają mechanizmy ochrony finansowej, zwłaszcza dla specyficznych grupy społecznych, oraz wprowadzają reorganizację usług, co jest związane z wpływem na rozmieszczenie i warunki pracy personelu.

Ostatnim celem reform jest jakość usług zdrowotnych, która może być rozumiana jako jakość techniczna i społeczno-kulturowa. Pierwsza z nich odnosi się do wpływu usług zdrowotnych na stan zdrowia konkretnej populacji i jest ważnym wymiarem działania świadczeniodawcy. Druga jest mierzona stopniem akceptowalności usług i odpowiadaniem na potrzeby pacjenta (satisfakcja pacjenta). Ograniczenia narzucane przez cięcia budżetowe i brak zgodności między wartościami reformy a pracownikami prowadzą do zmian w jakości pracy i satysfakcji klienta. Częste nieobecności personelu, niskie morale czy duża fluktuacja osłabiają możliwość zmierzenia się z popytem na usługi medyczne wysokiej jakości. Z pewnością można stwierdzić, że realizacja celów reformatorskich wprowadziła poważne skutki dla pracowników sektora ochrony zdrowia (tab. 1).

Tabela 1. Konsekwencje dla pracowników wynikające z reform sektora zdrowotnego

Cele reform	Zmiany w systemach i skutki dla pracowników
Wydajność/ Decentralizacja	Przeniesienie siły decyzyjnej i administracji zasobami na inne instytucje, np. samorządy
Wydajność/ <i>Outsourcing</i>	Zmiany w warunkach pracy. Wprowadzenie kontraktów, zagrożenie siły związków zawodowych
Równość	Reorganizacja publiczno-prywatna. Nowe mechanizmy rekrutacji i zatrzymywania personelu
Jakość	Zmiany w zapotrzebowaniu na kwalifikacje, umiejętności, postawy. Nowe rodzaje form pracy (np. praca grupowa, elastyczna). Nowe systemy motywacyjne

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Dussault, Dubois 2003].

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji dla zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej jest przeniesienie zarządzania usługami zdrowotnymi z władzy centralnej na władze lokalne (decentralizacja) i związana z tym zmiana w sytuacji zasobów ludzkich w lokalnych systemach opieki zdrowotnej. W początkowym okresie samorządy, które przejęły formalną odpowiedzialność za lokalną opiekę zdrowotną, skupiły się głównie na redukcji personelu zatrudnionego na etatach oraz zmianach w warunkach pracy (naruszenie bezpieczeństwa i stabilności zatrudnienia). W wielu zakładach opieki zdrowotnej wprowadzono połączenie płacy z jakością wykonania, co znalazło wyraz w nowych systemach motywacyjnych [Forsberg i in. 2001, s. 243-262]. Z kolei ograniczenia w stosowaniu mechanizmów płacowych zwróciły uwagę zarządzających na wzrastające znaczenie pozafinansowych metod motywacji, takich jak określenie nowych wymagań, jasny opis pożądanego działania, monitorowanie przestrzegania ustalonych zasad i procedur, szkolenie dotyczące nowych norm i wymagań wynikających z kultury organizacji [Berwick 1996, s. 1227-1231]. Jednocześnie wprowadzono nowe formy zatrudnienia, które wraz z innymi warunkami zastąpiły niejako etos ciężkiej pracy, gwarantującej ciągłość i bezpieczeństwo. W ślad za tym pojawiły się zmiany w postawach i zachowaniach personelu, charakteryzujące się większym naciskiem na obronę własnych interesów oraz gotowością wykorzystania środków prawnych, by osiągnąć ten cel [Cavanagh 1996, s. 79-83].

3. Reakcje pracowników na reformy w sektorze opieki zdrowotnej

Zazwyczaj zasoby ludzkie traktowane są jako jeden z czterech rodzajów zasobów organizacji, o podobnej randze. W przypadku zasobów ludzkich sektora opieki zdrowotnej takie rozumowanie należy uznać za mocno zawężone, a nawet błędne. Ludzie pracujący w usługach zdrowotnych są nie tylko „narzędziami” służącymi dostarczaniu opieki zdrowotnej, ale strategicznymi aktorami, mogącymi pojedynczo lub zbiorowo modyfikować zmiany w systemie, często narzucane przez rządzących [Adams, Hirschfeld 1998, s. 28-32]. Dlatego warto bliższej przyjrzeć się reakcjom pracowników na wynikające z reform zmiany, które postrzega się również jako zmiany zasad dotyczących relacji pracownik–pracodawca. W relacjach zachodzących pomiędzy reformą a pracownikami na poziomie indywidualnym warto skupić się na dwóch kwestiach: motywacji personelu i konsekwencji zmian systemowych dla kontraktu psychologicznego pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. W literaturze przedmiotu często podkreśla się, że stopień, w jakim pracownicy akceptują i biorą udział w proponowanych zmianach, wpływa na ich motywację. Przy czym dla wzmocnienia motywacji ważne jest spełnienie kilku warunków [Bennett, Franco 1999]. Po pierwsze, ważne jest, aby istniała zgodność celów i wartości pomiędzy pracownikami a organizacją. Po drugie, władze powinny upewnić się, że cele organizacyjne są jasne i pracownicy widzą korzyści wynikające z pracy w celu ich osiągnięcia. Po trzecie, ważne jest zróżnicowanie sposobów motywowania pracowników, a nie jedynie skupianie się na motywowaniu finansowym, które szczególnie w wa-

runkach ograniczeń finansowych raczej nie pozwala na osiągnięcie zamierzonych wyników.

Warto podkreślić, że zgodność celów organizacyjnych z systemem motywacyjnym i wartościami reformy jest szczególnie ważna w publicznych usługach zdrowotnych, które postrzegane są jako środek służący równiejszej dystrybucji zdrowia jako dobra publicznego. Zawodowi pracownicy opieki zdrowotnej, którzy przyswoili sobie etos służby publicznej, mogą opierać się działaniom zmierzającym do poprawy efektywności, np. zmniejszeniu budżetu na leki, postrzeganym jako sprzeczne z ich własnym systemem wartości. Istotną rolę w tych zachowaniach odgrywa osobista motywacja pracowników, która w połączeniu z celami organizacyjnymi tworzy tzw. kontrakt psychologiczny pomiędzy osobą a organizacją. Dla wielu pracowników kontrakt ten łączy się z wewnętrznym przekonaniem, że ich praca pozwoli im na samorealizację, zaspokoi potrzebę osiągnięć, podniesie jakość związków międzyludzkich w miejscu pracy [Adams, Hicks 2001]. Jednakże nowe role zawodowe i warunki pracy wynikające z realizacji celów reform zdrowotnych mogą negatywnie wpływać na kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikami a organizacjami. Jako przykład można tu podać badanie reakcji pielęgniarek na zmiany wynikające z reformowania lub restrukturyzacji w opiece zdrowotnej. Pielęgniarki, które miały w tym doświadczenie, bardziej negatywnie podchodziły do opieki nad pacjentem niż te, które nie doświadczyły zmian. Pielęgniarki o negatywnym podejściu silniej pragnęły podkreślić własną pozycję wśród pozostałych pracowników oraz wykazywały większą gotowość do łączenia się w związki zawodowe [Clark i in. 2001, s. 133-148].

Warto w tym miejscu podkreślić znaczenie zbiorowych reakcji zawodowych pracowników opieki zdrowotnej na przemiany w systemie. W systemach, gdzie związki zawodowe i organizacje profesjonalistów (zwłaszcza lekarzy, pielęgniarek) są bardzo silne, wyniki zmian instytucjonalnych są bardziej uzależnione od tych podmiotów. Jest to szczególnie widoczne w publicznych organizacjach opieki zdrowotnej, gdzie pracownicy wydają się związani kodeksami etycznymi i zasadami opisującymi ich prawa i obowiązki, z jednoczesnym prawem do reprezentowania przez niezależne i wolne stowarzyszenia prowadzące zbiorowe negocjacje w ich imieniu. Równie istotne reakcje na zmiany w systemach opieki zdrowotnej prezentują organizacje zawodowe profesjonalistów (izby pielęgniarek i położnych, lekarzy, laborantów itd.). Obecnie ich członkowie nie są już uznawani za osoby automatycznie przestrzegające zasad etyki służby publicznej, raczej postrzegani są jako aktywni lobbyści działający we własnym interesie. W rezultacie interesy zawodowe wydają się dominować nad interesami społecznymi, tworząc rynek pracy mogący negatywnie wpływać na wydajność i równość w opiece zdrowotnej [Manga 1998, s. 468-501]. Podsumowując, zachowania pracowników opieki zdrowotnej wobec zmian systemowych mogą w istotnym stopniu opóźnić te zmiany, a nawet je powstrzymać. Dlatego też czynnik ludzki nie może być pominięty w planowaniu i wprowadzaniu reform w sektorze zdrowotnym, nawet kiedy ramy czasowe zmian są bardzo ograniczone.

4. Potrzeba kształtowania nowej polityki personalnej w systemie opieki zdrowotnej

W literaturze dotyczącej reformowania opieki zdrowotnej wskazuje się dwa główne modele relacji zawodowych pracowników [Brito i in. 2000]. Pierwszy reprezentuje stabilne i chronione relacje oparte na życiowej karierze, drugi jest nowym podejściem cechującym się głównie elastycznością pracy i zatrudnienia. Współcześnie coraz częściej twierdzi się, że pierwszy model ustępuje miejsca drugiemu, który postuluje strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi, wykraczające poza administrację personalną charakterystyczną dla pierwszego modelu. W związku ze znaczeniem zasobów ludzkich dla powodzenia reform istotnym dylematem jest włączenie pracowników w projektowanie i wprowadzanie tych zmian. Przy czym chodzi o spowodowanie rzeczywistego zaangażowania personelu w procesy reform, a nie, jak to często bywa, uczynienie ich wyłącznie wykonawcą nowych zasad czy procedur [Biscoe 2001]. Istotnym warunkiem zaangażowania pracowników jest wysoki stopień zgodności pomiędzy kulturą organizacyjną a wartościami, celami i instrumentami reform. Wiele dobrze zaplanowanych zmian upadło, ponieważ narzędzia zarządcze lub finansowe nie były przystosowane do proponowanych zmian, tworząc niepokój dotyczący pracy i opór ze strony pracowników. Wiele krajów, pomimo kilkunastu lat działań reformatorskich w opiece zdrowotnej, nadal stoi przed koniecznością radzenia sobie z takimi problemami, jak: obniżanie się poziomu jakości usług medycznych czy hamowanie przez związki zawodowe racjonalnych zmian w poziomie zatrudnienia w sektorze zdrowotnym, zwłaszcza publicznym. Dlatego konieczne wydaje się sformułowanie nowej polityki wobec zasobów ludzkich, włącznie z doбором odpowiednich narzędzi organizacyjnych. Władze odpowiedzialne za opiekę zdrowotną powinny zatem podjąć działania mające na celu [Rigoli, Dussault 2003]:

- zbudowanie zintegrowanych systemów informacyjnych, by móc zmierzyć bieżące i przyszłe problemy oraz tendencje zasobów ludzkich;
- zbudowanie zaufania, aby pozyskać reprezentantów pracowników w imię jasno zdefiniowanych celów zdrowotnych populacji;
- propagowanie innowacyjnych i elastycznych sposobów włączania pracowników w nowe procesy, które powinny być zgodne z wartościami i celami systemu zdrowotnego;
- utrzymywanie dwukierunkowego kanału komunikacji pomiędzy tworzącymi politykę i reprezentantami tych, którzy ją wprowadzają.

Bez podjęcia tych działań trudno będzie mówić o skutecznym pozyskaniu czynnika ludzkiego dla realizacji zmian nieustannie wprowadzanych w systemach opieki zdrowotnej.

5. Podsumowanie

Wpływ reform sektora opieki zdrowotnej istotnie zmodyfikował krytyczne aspekty pracy dla jego pracowników (zmiany w warunkach pracy, wprowadzenie kontraktów zewnętrznych, nowe mechanizmy rekrutacji i zatrzymywania personelu, zapotrzebowanie na nowe kwalifikacje, umiejętności czy postawy). Jednocześnie zasoby ludzkie nie pozostają obojętne na zmiany narzucane przez władze odpowiedzialne za opiekę zdrowotną. W niniejszej publikacji wykazano, jak indywidualne i zbiorowe działania w zakresie zasobów ludzkich oddziałują na kształt reform. Szczególną uwagę zwrócono na brak motywacji i zaangażowania personelu w procesy zmian, a także brak włączania personelu medycznego w ich projektowanie. Dlatego zgodnie z nowym modelem relacji zawodowych w opiece zdrowotnej postuluje się wprowadzanie nowych strategii personalnych, z jednej strony zgodnych z wartościami i celami reform, z drugiej zaś na tyle elastycznych, by wzmocnić motywację i poprawić zaangażowanie pracowników w warunkach zmian.

Literatura

- Adams O., Hicks V., *Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group*, World Health Organization, Geneva 2001.
- Adams O., Hirschfeld M., *Human resources for health: challenges for the 21st century*, "World Health Statistics Quarterly" 1998.
- Bennett S., Franco L., *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework. Partnership for Health Reform*, Abt Associates Bethesda 1999.
- Berwick D., *Payment by capitation and the quality of care*, "New England Journal of Medicine" 1996.
- Biscoe G., *Human resources: the political and policy context*, Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, World Health Organization, Geneva 2001.
- Brito P., Galin I., Novick M., *Labor relations, employment conditions and participation in the health sector*, WHO Workshop on Global Health Workforce Strategy, World Health Organization, Geneva 2000.
- Cavanagh S., *A 'new' psychological contract for nurses: some management implications*, "Journal of Nursing Management" 1996.
- Clark P., Clark D., Davis D., Shea D., *Healthcare reform and the workplace experience of nurses: implications for patient care and union organizing*, "Industrial & Labor Relations Review" 2001.
- Dussault G., Dubois C.-A., *Human resources for health policies: a critical component in health policies*, "Human Resources for Health" 2003.
- Forsberg E., Axelsson R., Arnetz B., *Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement*, "Health Policy" 2001.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
- Jacobs R., Smith P.C., Street A., *Measuring Efficiency in Health Care, analytical Techniques and Health policy*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) 2009.
- Kolehmainen-Aitken R., *Decentralization and human resources: implications and impact*, "Human Resources for Health Development Journal" 1998.
- Manga P., *Avoiding fundamental reform: current cost containment strategies in Canada*, "Journal of Health and Human Services Administration" 1998.

- Reissman D., Orris P., Lacey R., Hartman D., *Downsizing, role demands, and job stress*, "Journal of Occupational & Environmental Medicine" 1999.
- Rigoli F., Gilles Dussault G., *The interface between health sector reform and human resources in health*, "Human Resources for Health" 2003.
- Sinimole K.R., *Evaluation of the efficiency of national health systems of the members of world health organization*, "Leadership in Health Services" 2012, vol. 25, issue 2.

HUMAN RESOURCES AS A CRITICAL COMPONENT OF HEALTH CARE CHANGE

Summary: The aim of this article is to assess relations between health care change and health care resources. Analysis of publications show that the statement that success of restructurization activities depends largely on integrated strategies butli by health care organizations is based on strategies concerninig human resources. These strategies should be butli in accordance with aim and values of health care system and the same time that should promowe innovative and flexible ways of employees integration into new processes.

Keywords: human resources, health care system, health care reform.